

# 軽度者に対する福祉用具貸与に係る確認書

平成 年 月 日

新 城 市 長 様

居宅介護支援事業所(地域包括支援センター)  
事業所名  
担当者職氏名  
介護支援専門員番号  
連絡先(電話番号・FAX)

下記の被保険者に対し指定福祉用具貸与するに当たり、費用の算定の可否について確認をお願い致します。

## 記

|                                 |   |                                  |      |       |       |  |
|---------------------------------|---|----------------------------------|------|-------|-------|--|
| 被<br>保<br>険<br>者                | 被保険者番号  |                                  | フリガナ |       | 生年月日  |  |
|                                 |   |                                  | 氏名   |       | 明・大・昭 |  |
|                                 |   |                                  |      | (男・女) | 年 月 日 |  |
|                                 | 住所  | 〒                                |      |       |       |  |
|                                 |   | 電話番号( )                          |      |       |       |  |
| 認定区分                            | 要支援1 ・ 要支援2 ・ 要介護1 ・ 申請中                                    |                                  |      |       |       |  |
| 申請日又は認定日                        | 平成 年 月 日  |                                  |      |       |       |  |
| 認定有効期間                          | 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日  |                                  |      |       |       |  |
| 貸与福祉用具種別                        |   |                                  |      |       |       |  |
| 可<br>否<br>の<br>判<br>断<br>基<br>準 | 医師の医学的所見  | 次の判断基準に該当(該当番号を○で囲み括弧内に具体的事項を記載) |      |       |       |  |
|                                 |   | I) ( )                           |      |       |       |  |
|                                 |   | II) ( )                          |      |       |       |  |
|                                 |   | III) ( )                         |      |       |       |  |
|                                 | 医療機関名・医師氏名  |                                  |      |       |       |  |
| 確認方法                            | 主治医意見書 ・ 診断書(別添) ・ 主治医との連絡表<br>意見聴取(電話・面接) (聴取年月日 平成 年 月 日) |                                  |      |       |       |  |
| サービス担当者会議(福祉用具相談員には印をつけてください)   | 開催年月日   | 平成 年 月 日                         | 場所   |       |       |  |
|                                 | 参加者氏名(所属名)  |                                  |      |       |       |  |
|                                 | 担当者会議での意見   |                                  |      |       |       |  |

|   |   |
|---|---|
| 添付書類  | 添付書類  |
| 要支援1・要支援2   | 要介護1  |
| 1・支援計画書(又は暫定プラン)<br>2・介護予防支援経過記録(サービス担当者会議内容を記録した書類)<br>3・医師の診断書等がある場合はその写し | 1・居宅サービス計画(1)・(2)(又は暫定プラン)<br>2・サービス担当者会議の要点<br>3・医師の診断書等がある場合はその写し |

|       |           |     |       |             |
|-------|-----------|-----|-------|-------------|
| 可否確認欄 | 判断要件の適否   |     | 算定の可否 | 備考(理由・条件など) |
|       | 医師の医学的所見  | 適・否 | 可     |             |
|       | サービス担当者会議 | 適・否 | 否     |             |
|       | 計画への位置付   | 適・否 | 可否決定日 | 平成 年 月 日    |